10

Un nouveau Traitement Médico-Chirurgical du Cancer

(Méthode du Docteur de Keating-Hart)

D'APRÈS DES NOTES PRISES AU COURS D'UN VOYAGE D'ÉTUDES A MARSEILLE

PAR

LE DOCTEUR RENÉ DESPLATS (DE LILLE)

Extrait du *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lille*

Novembre 1907

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 OCT 11
LIBRARY

LILLE
IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1907

Un nouveau Traitement Médico-Chirurgical du Cancer

(Méthode du Docteur de Keating-Hart)

D'APRÈS DES NOTES PRISES AU COURS D'UN VOYAGE D'ÉTUDES A MARSEILLE

PAR

LE DOCTEUR RENÉ DESPLATS (DE LILLE)

Extrait du *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lille*

Novembre 1907

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 OCT 11
LIBRARY

LILLE
IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1907

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 OCT 11
LIBRARY

A PROPOS

D'UN NOUVEAU TRAITEMENT MÉDICO-CHIRURGICAL DU CANCER

(Méthode du Docteur Keating-Hart)

Le cancer devient de plus en plus fréquent au dire de tous les médecins, et les chirurgiens se plaignent qu'un grand nombre de leurs opérés est constitué par des cancéreux. Comme chacun le sait, ce qui fait la difficulté de la chirurgie du cancer, c'est la crainte de la récidive, crainte d'autant plus fondée que beaucoup de malades ne veulent recourir au bistouri que quand leurs lésions sont déjà très étendues ; et pour éviter la récidive, les chirurgiens poussent le plus loin possible leurs extirpations, créent des pertes de substances énormes, alors même que les lésions cancéreuses paraissent limitées, espérant atteindre de cette façon les noyaux les plus petits et les plus profonds.

C'est ainsi qu'un cancer limité du col justifie l'hystérectomie totale, que pour éviter la récidive dans un cancer du sein, on fait l'amputation de l'organe, on enlève le grand pectoral et quelquefois le petit pectoral, on cure l'aisselle ou même le triangle sus-claviculaire, et, malgré tout, les statistiques accusent de nombreux insuccès.

Au Congrès de chirurgie américain (1), où les résultats

---

(1) Le cancer du sein devant le Congrès des chirurgiens américains, par R. de Bovis. *Semaine Médicale*, 25 sept. 1907.

éloignés de la cure des cancers du sein étaient cette année à l'ordre du jour, il est ressorti de la statistique générale qu'après trois ans d'observations on compte 30 % de guérisons en moyenne, et ce chiffre est considéré comme un « triomphe relatif »; encore dois-je ajouter que l'enquête des mêmes chirurgiens américains montre la grande fréquence des récidives tardives.

Quant aux cancers étendus, ils sont souvent jugés inopérables, parce que l'expérience a appris aux chirurgiens, qu'en poussant aussi loin que possible l'intervention, en créant des pertes de substance considérables, on n'évitait pas la récidive dans un délai souvent très rapproché de l'opération.

Dans tous ces cas de récidive, il faut bien admettre qu'il est resté quelque chose du cancer ou que la tumeur extirpée s'est ensemencée, ce qui a créé un repullulement.

L'effort de la médecine, à l'heure actuelle, doit donc tendre à éviter l'ensemencement, *à parfaire la destruction du mal* ou mieux encore *à favoriser les réactions de l'organisme contre le tissu parasite*, et toutes les tentatives qui pourront être faites dans ce sens sont intéressantes à étudier.

On a beaucoup parlé dans ces derniers temps de sérum anticancéreux, on a beaucoup parlé de rayons X et, si je ne puis apporter d'avis autorisé sur le sérum anticancéreux, que je ne connais pas, je puis avec plus d'expérience parler des rayons X. A ce sujet, je renverrai aux diverses publications faites sur la question et particulièrement aux rapports de MM. Béclère de Paris, et Maunoury de Chartres, au dernier Congrès de Chirurgie.

Les rayons X méritent certainement d'être essayés avant toute intervention chirurgicale dans le plus grand nombre des cas de cancers de la peau, pourvu toutefois, qu'on ne s'expose pas à perdre un temps précieux s'ils n'agissaient pas d'une façon rapide et évidente ; on peut encore tenter leur action et quelquefois avec fruit dans les sarcômes pro-

fonds comme dans les sarcômes superficiels ; mais l'expérience dès maintenant acquise, tant par les observations cliniques que par les travaux de laboratoire, fait bien saisir cette double vérité que :

1° Toutes les formes cellulaires ne sont pas également sensibles aux rayons X, et tandis que certaines formes très sensibles, pourront être détruites, même en profondeur, par une dose de radiations qui respectera les plans superficiels, demeurés sains, d'autres plus nombreuses et très peu sensibles ne seront pas modifiées par une dose beaucoup plus considérable ;

2° Dans les tumeurs profondes, non ouvertes, non drainées, il se passe un travail de résorption, qui occasionne parfois une véritable intoxication, et j'étais parmi les premiers à signaler ce fait, après Oudin et Willams, dans un mémoire présenté à la Société des Sciences Médicales, en 1905 (1).

En somme, ce que les rayons X tendent à provoquer, c'est un travail de défense de l'organisme, qui ne s'établit pas toujours, tant s'en faut, un travail de résorption, qui n'est pas toujours sans danger, à mon sens. Peut-on faciliter ce travail de défense, peut-on éviter ce travail de résorption ?

M. Maunoury a proposé dans ce sens, au Congrès de Chirurgie, un procédé médico-chirurgical, qui consiste à extirper complètement la tumeur en dépassant les limites du mal, comme on le fait toujours aujourd'hui en pareil cas, et l'ablation large étant terminée, à diriger sur la plaie encore béante, pendant 10 à 15 minutes, une dose maxima de rayons X, compatible avec la vitalité des tissus sains environnants ; après une telle séance de radiothérapie on suturera la plaie, ou si l'on a à faire à un cancer à marche rapide, à un cancer très étendu, on maintiendra les bords de la plaie écartés pour augmenter l'efficacité des rayons. Que la plaie soit

---

(1) *Radiothérapie et cancers de la peau.* Morel, éditeur, 1905.

suturée ou non, on fera tous les huit jours, pendant un certain temps, une séance de radiothérapie.

M. Maunoury dit avoir obtenu par ce procédé d'excellents résultats ; mais ceux qui connaissent par leur expérience personnelle la sensibilité très inégale des tissus néoplasiques aux rayons X, ne pourront pas s'empêcher de croire que, malgré ce perfectionnement évident de la technique, un grand nombre de tumeurs restera inaccessible à leur action. C'est là un inconvénient inhérent à la radiothérapie.

Existe-t-il à l'heure actuelle un autre procédé médical qui puisse être mis en parallèle avec les rayons X et dont le domaine efficace apparaisse plus étendu ?

M. le docteur de Keating-Hart, de Marseille, vient de soumettre successivement à l'Académie de Médecine, au congrès pour l'avancement des sciences et au dernier Congrès de Chirurgie, une nouvelle méthode, qui vise, en effet, au même but précédemment exprimé, et qui m'a paru présenter sur la radiothérapie des avantages incontestables.

Cette méthode, que notre confrère expérimente depuis trois ans, et que j'ai entendu exposer par lui au congrès de l'A. F. A. S. à Reims, au mois d'août dernier, m'a immédiatement frappé, et je viens d'aller l'étudier dans sa maison de santé à Marseille. Je vous dirai ce que j'ai vu et entendu là-bas :

M. de Keating-Hart semble s'être proposé dès l'abord de mortifier les cellules cancéreuses au moyen d'une étincelle de haute fréquence, produite par des appareils puissants et un interrupteur de grande vitesse, de les sidérer, c'est-à-dire de produire l'affaissement, l'aplatissement, le ramollissement intime de la tumeur ; à ce moment il considérait l'étincelle comme une sorte de caustique d'un genre spécial, qui avait l'avantage d'être beaucoup plus puissant que les caustiques connus, et de pouvoir être fréquemment renouvelé sur le néoplasme, il s'adressait à des cancers inopérables, qu'il essayait de détruire par ce procédé en une ou plusieurs séances.

Les premières expériences furent suivies de quelques demi-succès, mais il ne devait pas tarder à se rendre compte que l'étincelage, s'il provoquait, en effet, une véritable fonte de la tumeur, était suivi d'un travail d'élimination très long, se manifestant par une abondante exsudation de sérosité.

L'idée lui vint bientôt qu'il y aurait avantage, pour faciliter ce travail et pour le raccourcir, à combiner le travail de la curette ou du bistouri avec celui de l'étincelle, et, dès lors, après avoir frappé les masses cancéreuses, il les éliminait artificiellement par un travail chirurgical, abrégeant ainsi considérablement le travail de l'organisme lui-même.

L'opération se composait donc de deux temps successifs, mais ne nécessitant qu'une seule séance :

1er temps : *Mortification de la tumeur par étincelage;*

2e temps : *Extirpation de la tumeur cadavérisée par le bistouri*, et comme on devait craindre que la plaie opératoire contienne encore des noyaux cancéreux après une extirpation sommaire, on *étincelait cette plaie, toujours dans la même séance, après l'extirpation, pour tuer ces noyaux et éviter la repullulation sur place* (3e temps).

Une telle conception est purement chirurgicale, l'étincelle comme le bistouri, n'intervenant que pour débarrasser artificiellement l'organisme des germes cancéreux, et il pourrait paraître étrange, *a priori*, que l'on obtienne dans ces conditions les résultats encourageants dont je vous parlerai tout à l'heure.

C'est qu'en réalité, cette conception a été démontrée fausse ou du moins incomplète, et si l'étincelle de haute fréquence, qui n'est qu'une foudre en miniature, agit bien sur les tissus malades en les détruisant, *elle agit aussi sur les tissus sains en les incitant à la réaction;* et c'est là, semble-t-il, le point le plus important de la méthode.

Une première remarque que l'on peut faire, dès après le premier étincelage sur la tumeur, c'est qu'il tend à s'établir en-dessous de cette tumeur, à la limite des tissus sous-

jacents demeurés sains, *un plan de clivage*, et ceci s'expliquerait par ce fait que les vaisseaux des tissus sains, pourvus de tunique musculaire, se contractent sous l'influence de l'étincelle, tandis que les vaisseaux néoformés de la tumeur n'ont pas de réaction propre. Cette vasoconstriction est un fait bien réel, et il suffit pour s'en rendre compte de constater *l'effet, puissamment hémostatique*, de l'étincelage, qui arrête d'une façon durable en des tissus très vasculaires, des écoulements sanguins abondants.

Une seconde manifestation de la réaction des tissus sains sous l'étincelage, c'est *l'exsudation très abondante de sérosité*. qui suit l'opération, exsudation telle que tous les objets de pansement en sont parfois imprégnés, que, dans certains cas même, les objets de literie sont traversés ; si l'on vient à examiner ce liquide au point de vue cytologique, on constate qu'il tient en suspension *une grande quantité de polynucléaires*, et l'on en peut conclure que cette sérosité est de la lymphe, que cette exsudation est une véritable lymphorrée, qui chasserait du centre vers la périphérie les derniers vestiges histologiques du cancer hors des vaisseaux lymphatiques, pour les détruire ensuite par phagocytose.

Cette interprétation nouvelle du mode d'action de l'étincelage est infiniment plus satisfaisante que la conception chirurgicale, précédemment exposée, qu'elle complète d'ailleurs ; et si ce n'est encore qu'une hypothèse, il faut au moins reconnaître qu'elle est séduisante et basée d'ailleurs sur des observations scientifiques sérieuses.

L'étincelle a donc un effet destructif, un effet réactionnel, et ce sont là les deux bases principales du traitement ; j'ai dit plus haut que M. de Keating-Hart avait reconnu dès le début de ses recherches, qu'il ne fallait pas laisser à l'organisme, le soin de se débarrasser lui-même de la tumeur mortifiée, et qu'il avait combiné le travail de la curette ou du bistouri avec celui de l'étincelle pour diminuer le travail d'élimination de l'organisme ; cette manière de faire, qui

n'était même pas chirurgicale, a eu au moins cet avantage qu'elle lui a permis de juger sans conteste l'action destructrice, l'action réactionnelle de l'étincelage livré à lui-même.

Mais une fois la preuve faite pour lui à ce point de vue, il n'avait plus de raison de se passer des ressources chirurgicales, et l'étincelage ne devait plus devenir qu'*un temps de l'acte opératoire* sur les tumeurs cancéreuses ; encore dois-je ajouter que l'opération s'en trouve très simplifiée du fait que le chirurgien devra se contenter dorénavant d'enlever après fulguration tout ce qui paraît être du tissu cancéreux, sans pousser plus loin son intervention ; car l'étincelle promenée ensuite sur la plaie opératoire va détruire sur place les derniers vestiges histologiques et inciter l'organisme à la réaction lymphogène éliminatrice.

J'ai parlé longuement de l'action destructrice de l'étincelle, de son action réactionnelle, j'ai dit à ce propos son action hémostatique ; il me faudrait vous parler de son action *analgésiante*, que je me contente de vous signaler ; il me faudrait aussi, pour être complet, vous parler des appareils producteurs de courant et des appareils qui servent à l'appliquer ; il me suffira à ce sujet de vous dire que l'étincelle employée est une étincelle de haute fréquence, extrêmement puissante, d'une longueur de 5 à 10 centimètres, suivant les cas, dont l'effet destructeur sur les tissus est connu depuis longtemps ; projetée sur une peau saine, elle provoque d'abord une ischémie extrême des tissus, puis une rubéfaction légère, un phlyctène, et enfin une escarre, dont la profondeur variera avec la longueur de l'étincelle et la durée de l'application : mais, et c'est un point important de la technique sur lequel je veux insister, cette étincelle extrêmement chaude provoquerait rapidement dans la colonne d'air traversée un échauffement considérable dont l'action s'ajouterait à celle de l'étincelle, pour produire une escarre sèche, cassante et adhérente, si l'on ne refroidissait pas cet air par un procédé quelconque, et cette question fut pour

notre confrère un des obstacles les plus difficiles à franchir ; il crut même à un moment donné, m'a-t-il dit, que ses premiers essais seraient compromis par là, et pourtant voici cette difficulté résolue d'une manière élégante :

L'électrode de M. de Keating-Hart est un mandrin entouré d'une chemise en celluloïde (substance isolante) laquelle est reliée à une source d'air froid ou d'acide carbonique, suivant les cas et pendant tout le temps que dure l'étincelage, un courant froid vient refroidir la couche d'air autour de l'étincelle de haute fréquence : dans ces conditions, l'escarre est molle et non adhérente, ou plutôt il n'y a plus, à proprement parler, d'escarre, il n'y a plus de brûlure, il y a simplement un état particulier des tissus, qui sont « sidérés » pour me servir de l'expression de l'auteur.

Cet état des tissus, je ne puis vous le décrire, il faut l'avoir vu pour le connaître, et c'est un des points très délicats de la technique ; je vous dirai seulement que le tissu néoplasique, que nous connaissons dur, résistant et qui arrête souvent la curette du chirurgien, devient à nouveau friable et s'élimine aisément sous le raclage après l'intervention électrique ; c'est à peu près en ces termes que s'exprime à ce sujet M. le professeur Pozzi, dans son rapport sur la question, à l'Académie de Médecine (1).

Après vous avoir exposé les principes de la nouvelle méthode, que M. Pozzi a baptisée du nom de « fulguration », il me reste à vous parler des résultats obtenus jusqu'à ce jour par son auteur.

C'est avec une bonne grâce parfaite, dont je ne puis que le remercier, et avec une grande franchise que M. de Keating-

---

(1) Sur un mémoire de M. le docteur de Keating-Hart (de Marseille), concernant l'action des étincelles de haute fréquence et de haute tension dans le traitement des cancers. *Bulletin de l'Académie de Médecine* (Séance du 30 juillet 1907.)

Hart a bien voulu répondre à toutes les questions que je lui ai posées à ce sujet, qu'il a mis entre mes mains tous ses documents, qu'il m'a fait voir et permis d'examiner ses opérés anciens et nouveaux, qu'il m'a fait assister à sept opérations d'ordres divers, m'expliquant le mode opératoire, me faisant toucher du doigt les bourgeons cancéreux avant et après la fulguration, me spécifiant à quel moment la réaction des tissus était suffisante et à quels signes on pouvait la reconnaître. Notre confrère estime qu'il est de son devoir de ne rien dissimuler de ce qu'il sait à ceux qui veulen s'instruire sérieusement de sa méthode pour la pratiquer, et il ne m'a pas plus caché ses échecs que ses succès, car les échecs comme les succès comportent un enseignement, et il n'a pas d'autre souci que celui de bien faire et de mieux faire à l'avenir, si la chose est possible, ne voulant, en aucune façon, qu'on lui fasse dire que le moyen de guérir le cancer est enfin et définitivement trouvé.

Il estime seulement que les résultats heureux et plus ou moins lointains obtenus sur des cas extrêmement graves constituent, pour me servir d'une autre expression de M. Pozzi, « des faits nouveaux » qui méritent de retenir l'attention, et ceux qui, comme moi, ont vu de près quelques-uns de ces résultats, trouvent que sa prétention ne paraît nullement exagérée.

Une double remarque préliminaire s'impose ici, c'est que : 1° un grand nombre des cas, auxquels il va être fait allusion, étaient des laissers pour compte de la chirurgie (quelques-uns même lui avaient été dérivés par manière de défi, de la part de ses confrères), et que les résultats obtenus sur ces cas ne peuvent donner qu'une idée imparfaite de ce qui pourrait être obtenu dans les cas opérables.

2° Presque tous les cas que je vais vous citer remontent à une période où la méthode n'était pas encore bien réglée, comme elle l'est aujourd'hui, cette période où l'on se contentait d'étinceler la tumeur et de gratter à la curette les débris

mortifiés, et beaucoup d'insuccès du début seraient évités aujourd'hui, du fait même du perfectionnement de la technique.

Je diviserai les cancers opérés en 3 catégories :

1° *Les cancers et les sarcômes ayant eu pour point de départ la peau ou la muqueuse des lèvres*, englobant, par conséquent, sous cette rubrique, des cancroïdes de la peau et un grand nombre de cancers très graves propagés aux organes du voisinage, aux os sous-jacents.

2° *Les cancers du sein.*

3° *Les cancers des muqueuses.*

Les cas de la première catégorie, traités par M. de Keating-Hart, depuis trois ans, sont au nombre d'une cinquantaine, parmi lesquels certains remontent au début de ses recherches.

Il ne compte parmi ces cinquante cas qu'une seule récidive à l'heure actuelle, et qu'il m'a montrée dans un cas de cancer propagé à l'orbite insuffisamment nettoyé par la curette ; ce cas sera de nouveau traité avec plus de chances de succès définitif.

Qu'on n'objecte pas la facile guérison des cancers de la peau par n'importe quelle méthode, car il se trouve parmi ces cas un grand nombre de récidives après interventions chirurgicales, après applications de caustiques ou même de rayons X ; bref, vis-à-vis de tous les modes de traitement antérieurement essayés, peu de cas bénins, un grand nombre de cas propagés aux os sous-jacents, tel le cas de cette malade dont je vous présente les photographies avant et après l'intervention, qui portait une tumeur du cuir chevelu du volume d'une aubergine, reconnue histologiquement de nature cancéreuse, qui évoluait d'ailleurs avec une grande rapidité, qui s'était propagée à l'os frontal (lequel avait été érodé), et qui, après un grattage sommaire et un étincelage, présente depuis onze mois toutes les apparences de la guérison ; — je puis en témoigner, ayant été l'examiner avec M. de Keating-Hart ; —

telle cette autre malade, qui présentait un cancer de l'angle interne de l'œil, forme réputée incurable, qui d'ailleurs avait refusé de guérir sous les rayons X, et qui est aujourd'hui guérie, ainsi qu'en témoignent les photographies que je vous mets aujourd'hui sous les yeux. Ces quatre photographies, prises, la première avant l'opération, la seconde neuf jours après l'intervention, la troisième vingt jours après, et la quatrième après guérison, vous montreront *la puissance de cicatrisation provoquée par l'étincelage*, fait sur lequel il y a lieu d'insister, et que vous retrouverez d'ailleurs dans le cas suivant (1).

La troisième malade, dont la guérison sera plus étonnante encore, si elle se confirme, mais qui, telle qu'elle est aujourd'hui, mérite bien de vous arrêter un instant, est une malheureuse femme, qui avait présenté il y a quatre ans quelques épithéliomas perlés sur le nez et à l'angle interne de l'œil, elle vit ces tumeurs se propager rapidement, malgré l'action des rayons X, et dévorer les deux paupières, puis envahir l'orbite, refoulant le globe oculaire réduit à l'état de moignon de l'épaisseur d'une noisette, détruisant les muscles de l'œil ; elle avait consulté plusieurs chirurgiens et oculistes, qui tous refusaient de l'opérer, et elle endurait de telles souffrances qu'elle en était arrivée à augmenter rapidement les doses de morphine, jusqu'à cinquante centigrammes par jour. Sous l'influence de son cancer et la morphine aidant, elle s'était cachectisée, son caractère s'était modifié et elle ne voulait même plus entendre parler de traitement, quand notre collègue, qui, autrefois, avait essayé les rayons X chez elle, lui proposa d'essayer sa méthode. M. le Dr Raynaud, oculiste à Marseille, consentit sur les prières de la famille, à

(1) Les photographies de ces malades ont été présentées à la Société des Sciences Médicales (séance du mercredi 20 novembre), mais je n'ai pas cru pouvoir faire figurer ici des clichés inédits, qui restent la propriété de leur auteur.

vider l'orbite et le nettoyer du tissu cancéreux qui le remplissait jusqu'à la fente sphénoïdale, avant l'intervention électrique.

Qu'est-il advenu de cette malade ? Au moment où je l'ai vue, un mois et demi après l'intervention, elle était absolument transformée, son état général était excellent, elle avait repris son entrain d'autrefois, quitté la morphine, ne souffrait plus, et j'ai vu l'orbite presque entièrement rempli par un tissu rosé de nouvelle formation dont l'aspect n'était point douteux, tandis que le pourtour externe était entouré d'une auréole épidermique d'excellente nature. En voyant cet orbite, je me demandai quel pouvait être le point de départ du tissu sain, qui le remplissait; cette question, tous les médecins qui ont vu la malade se la sont posée, et ici encore, il faut invoquer la puissance de cicatrisation suscitée par l'étincelle de haute fréquence (1).

Le cas que je viens de vous signaler m'a paru assez intéressant, pour justifier une entrevue avec M. le Docteur Raynaud, l'oculiste marseillais, qui avait soigné la malade et qui avait prêté son concours à l'opération. « J'avais entendu parler des » travaux de mon confrère, me dit-il, mais n'avais pas eu » jusqu'ici l'occasion de m'y intéresser personnellement, » lorsque la famille de ma cliente me demanda de prêter mon » concours à son intervention ; j'avoue que je ne pensais pas » qu'il fût possible d'obtenir le moindre résultat, et qu'à mon » avis une intervention chirurgicale, forcément incomplète » dans un cas semblable, devait presque à coup sûr amener » une aggravation immédiate ; or, voici un mois et demi main- » tenant que ma malade a été opérée et je suis dans l'admira- » tion devant le résultat obtenu. J'ignore si ce succès se » maintiendra et ne voudrais pas m'en porter garant.

» Mais à supposer même qu'il y ait récidive dans un délai

---

(1) Les cas que je viens de citer comme tous ceux qui vont suivre ont subi le contrôle de l'examen histologique.

» plus ou moins éloigné, je puis bien dire qu'aucune méthode
» à ma connaissance n'aurait provoqué semblable résultat à
» celui que je vois aujourd'hui, et même dans le cas de réci-
» dive, je considérerais comme un devoir, en présence d'un
» cas semblable, de le soumettre au même traitement. Notez,
» ajoute M. le docteur Raynaud, que mon appréciation ne peut
» être soupçonnée de partialité en faveur de M. de Keating-
» Hart, que je connaissais à peine avant d'opérer ma malade
» avec lui ».

Je ne puis et ne veux vous citer tous les cas de la première catégorie, et me suis contenté de vous signaler ceux qui m'ont paru les plus frappants : mais je passe à la *seconde catégorie, celle des cancers du sein* assez anciens pour qu'on soit en droit d'en parler. Ces cas sont actuellement au nombre de huit, parmi lesquels un insuccès franc, qui concerne une femme cachectique présentant un cancer largement ulcéré, adhérent aux côtes, propagé à la plèvre, qui est morte peu de temps après l'intervention. Contre un cas semblable l'étincelage ne pouvait rien.

Les sept autres cas se décomposent ainsi :

1er CAS. — Épithélioma du sein opéré deux fois et récidivé avec envahissement de l'aisselle, bras enflé, teint cachectique, nombreux nodules à la peau autour de la tumeur.

On a essayé pendant plusieurs mois la radiothérapie sans aucun succès. Cette personne a été traitée il y a un 1 an et 7 mois, à un moment où la méthode était encore dans l'enfance, par plusieurs étincelages suivis chaque fois de grattages ; elle est guérie en apparence depuis cette époque.

2e CAS. — Cancer du sein ulcéré, inopérable, avec nombreux ganglions dans l'aisselle et sept nodules cancéreux dans la peau du voisinage. Elle a été traitée inutilement par les rayons X. M. de Keating-Hart a essayé, il y a plus d'un an, l'étincelage sur le sein, suivi d'élimination des masses mortifiées au bistouri ; la plaie s'est parfaitement cicatrisée ; sur sept nodules, cinq ont disparu spontanément sans action directe de l'étincelle, les

deux autres ont été l'objet d'applications directes ; un ganglion a été laissé dans l'aisselle et s'est résorbé spontanément. Cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie, son état général est excellent, mais M. de Keating-Hart l'a revue ces jours derniers et a trouvé un nodule suspect sous la peau, elle a dû être l'objet depuis lors d'une nouvelle intervention.

3e CAS. — Cancer ulcéré du sein avec énormes ganglions dans l'aisselle, inopérable, état cachectique. Traitée pendant un certain temps par les rayons X, avec amélioration assez marquée, puis aggravation, puis traitée par étincelage dans la tumeur et élimination partielle des masses sphacélées au bistouri. Guérison apparente depuis quinze mois.

4e CAS. — Tumeur indépendante de la masse du sein, adhérente au sternum, gros ganglions dans l'aisselle, peau d'orange, commençant à s'ulcérer. N'était pas inopérable, mais l'exérèse devait être très large, elle fut au contraire très limitée, on se contenta d'énucléer la tumeur, on laissa les ganglions dans l'aisselle, ceux-ci ont regressé et il y a guérison apparente depuis neuf mois.

5e CAS. — Tumeur du sein gauche, non ulcérée, mais adhérente opérable, ayant envahi toute la masse de l'aisselle. Opération très limitée en respectant le sein. Etincelage des ganglions. Pas de récidive depuis neuf mois.

6e CAS. — Tumeur ulcérée, adhérente aux côtes, opérable, mais nécessitant un curage de l'aisselle et une myotomie ; on s'est contenté d'une simple énucléation. — Guérison apparente depuis huit mois.

7e CAS. — Cas du même ordre.

La troisième catégorie est celle des cancers des muqueuses, qui ont fourni jusqu'ici des résultats moins brillants, M. de Keating-Hart ne me l'a point caché ; dans ce domaine, il ne compte jusqu'ici qu'un malade opéré depuis plus d'un an, actuellement vivant et bien portant, dont je veux vous rapporter brièvement l'observation empruntée à un travail de l'auteur (1) :

---

(1) Docteur DE KEATING-HART. Cancer du rectum traité par sa méthode. *Marseille Médical*, N° 7, 1907.

M. U..., 65 ans, a éliminé du sang par l'anus, au mois d'avril 1906 ; épreintes douloureuses, sensation de poids, de rétrécissement au rectum, lassitude extrême des jambes. En juin, douleurs intenses, sang abondant, matières rubanées. Teint jaune.

Son médecin, le docteur Rathelot, qui pensait d'abord à des hémorroïdes, voyant l'altération de son état général, et trouvant dans la cavité rectale une tumeur assez volumineuse, appelle en consultation le docteur de Keating-Hart avec M. le professeur Laget. Ceux-ci constatèrent sous l'examen chloroformique la présence d'une masse du volume d'un œuf de consistance assez molle, occupant la région qui correspond à la prostate, mais indépendante de cet organe et faisant saillie dans l'intestin.

L'examen histologique d'une parcelle de la tumeur révéla la nature du mal (adénôme de la muqueuse intestinale dégénéré en épithélioma à type cylindrique, à marche rapide).

Le malade fut opéré le 30 octobre 1906 ; la tumeur sidérée fut éliminée à l'aide d'une curette, sans la moindre hémorrhagie, et l'action fut limitée aux lésions nettement apparentes.

Suites normales, le malade rentra chez lui quelques jours après, ne souffrant plus et sa muqueuse étant en voie de cicatrisation. Au bout de trois semaines, cependant, il se plaignait encore d'un point un peu douloureux. Un nouvel examen fit découvrir un noyau situé sur la limite supérieure de la plaie cicatricielle. Le 27 novembre, nouvelle sidération plus étendue, entourant d'un cercle toute la région malade, et suivie de curettage, sans hémorrhagie. Aujourd'hui et depuis cette époque, le malade paraît parfaitement guéri, l'état général est excellent, les forces sont revenues, les jambes ont perdu leur lassitude antérieure, le teint a repris son ton normal, les douleurs ont disparu complètement, les selles ne sont plus sanglantes ni aplaties, enfin l'examen direct permet de sentir une cicatrice souple, un peu épaisse, non douloureuse, à l'endroit où siégeait autrefois la tumeur.

Un autre malade, porteur d'une masse néoplasique, ayant envahi le bord gauche de la langue, le sillon glosso-épiglothique et les parties molles de l'angle de la mâchoire, paraissait complètement guéri depuis un an et demi, il est mort

accidentellement. Tous les autres opérés anciens sont morts après récidive, mais M. de Keating-Hart m'a fait remarquer qu'il s'agissait toujours de cas absolument inopérables, et que, d'autre part, ces malades ont tous été traités par des étincelages répétés, sans intervention chirurgicale sérieuse : aussi espère-t-il que l'avenir lui réservera plus de succès dans ce domaine, en combinant une véritable opération chirurgicale avec l'action de l'étincelle.

J'ai vu, d'ailleurs, dans sa clinique, trois malades, dont un vieillard de 70 ans, opéré trois semaines auparavant par M. le docteur Juge, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Ce malade était atteint d'un cancer de la partie postérieure de la langue et du sillon glosso-épiglottique du côté gauche ; le maxillaire inférieur était complètement entouré par une masse cancéreuse ; cette affection, qui avait débuté il y a trois ans, était, d'après M. Juge, absolument inopérable, on intervint néanmoins et l'opération très laborieuse ne dura pas moins de trois heures, y compris l'étincelage. Au moment où je l'ai vu, la muqueuse était presque complètement cicatrisée et il ne restait plus qu'une perte de substance à la joue, à l'endroit où avait été placé un drain ; mais la palpation la plus attentive de la joue et de la langue ne laissait pas percevoir le moindre épaississement de la muqueuse, qui paraissait partout très souple ; l'état général était excellent.

J'ai vu également un autre malade atteint de cancer récidivé dans la région du maxillaire supérieur, après une intervention ayant compris la résection du maxillaire supérieur, deux mois auparavant. Ce malade, dont la situation était désespérée et à qui une nouvelle intervention n'aurait fourni aucune chance de guérison, était venu demander à notre confrère de le traiter par sa méthode. L'acte chirurgical accompli par M. Juge avait consisté en un curage aussi complet que possible, accompagné d'étincelage. Au moment où je la vis, la plaie opératoire était en bonne voie de cica-

trisation, mais on apercevait en divers points des bourgeons superficiels qui semblaient suspects ; on n'hésita pas à le remettre sur la table d'opération deux jours après, à gratter à la curette ces bourgeons cancéreux, qui étaient, en effet, superficiels, et à étinceler de nouveau.

Je pourrais citer encore une troisième opération sur une récidive de cancer de la langue et du plancher de la bouche, opéré quelques mois auparavant par un chirurgien marseillais ; mais ces faits ne seront intéressants que si l'avenir réserve à ces malades une survie (1).

Si je vous les cite néanmoins, c'est pour vous montrer dans quelle voie est entré notre confrère, qui espère obtenir quelques nouveaux succès dans ces cas désespérés, en comptant sur l'audace et l'habileté des chirurgiens qui, de leur côté, oseront désormais intervenir, là où ils n'avaient jusqu'ici aucune chance de succès.

Je ne compte point d'ailleurs, m'a dit M. de Keating-Hart, avoir une majorité de succès parmi ces malheureux dont les lésions sont si étendues et si difficilement accessibles, et je m'estimerais heureux si nous pouvions, dans ces cas, sauver 25 °/₀ de nos opérés.

Après vous avoir fait connaître les enseignements que j'ai recueillis chez M. de Keating-Hart et ses résultats, il pourra vous être agréable de savoir ce que pensent de sa méthode quelques-uns de ses collègues qui ont été à même de l'étudier de plus près et d'apprécier à leur juste valeur les résultats acquis.

Je vous ai donné plus haut l'avis de M. le Docteur Ray-

---

(1) J'ai reçu, ces jours derniers, une lettre de M. de Keating-Hart, qui me donne des nouvelles des trois malades dont il est question plus haut et que j'ai vu opérer. Tous trois ont un excellent état général, leurs plaies opératoires sont complètement cicatrisées ou en bonne voie de cicatrisation, sans aucune menace de récidive. C'est là un premier point acquis, et qui apparaît très important dans ces cas inopérables ou récidivés à brève échéance après une première tentative opératoire.

naud, je veux vous citer maintenant l'opinion de M. Juge. chirurgien des hôpitaux de Marseille, esprit judicieux, ennemi des conclusions hâtives, qui m'a dit : « Cette méthode » m'inspire une certaine confiance, et je ne puis m'empêcher » de trouver qu'il y a là un élément nouveau, qui dépasse la » sphère d'action ordinaire du chirurgien. Je connais person- » nellement quatre cas de cancers que j'avais vus avant » l'intervention et que j'avais refusé d'opérer, jugeant qu'il » n'y avait point d'intervention possible ; tous ces cas pré- » sentent aujourd'hui toutes les apparences de la guérison, » l'un après une période de près de deux ans, malgré que » l'acte chirurgical ait été dérisoire et n'ait consisté qu'en » des grattages, tout à fait hors de proportion avec le mal, » et qui eussent été évidemment plus funestes qu'utiles aux » malades, si l'on n'avait ajouté l'étincelage.

» Du fait de l'étincelage, un point me paraît acquis dès » aujourd'hui, c'est que les limites de la chirurgie se trou- » vent reculées, et nous sommes en droit d'intervenir, avec » des chances sérieuses de succès, là où notre action aurait » été autrefois inutile à coup sûr, nuisible souvent ; nous » intervenons d'ailleurs, non plus en poussant le plus loin » possible l'action du bistouri dans la crainte de ne pas tout » enlever, mais en excisant uniquement ce que nous voyons » être du cancer, et la plaie opératoire est ensuite étincelée. »

J'ai pu connaître aussi l'avis d'un médecin marseillais, qui a suivi de très près les travaux de M. de Keating-Hart depuis le début, M. le Dr Pélissier, qui réserve comme de Keating lui-même son appréciation définitive ; son avis actuel est bien celui-là même qu'on peut tirer de l'exposé que je viens de vous faire.

« Jusqu'ici, je ne connais pas d'échec de la méthode dans » les épithéliomas de la peau ou à point de départ épider- » mique, je ne connais qu'un échec pour les cancers du sein, » et quant aux cancers des muqueuses, ils se sont montrés » rebelles au traitement, sauf un cas fort intéressant de

» cancer du rectum; mais il faut ajouter que presque tous
» les résultats obtenus jusqu'ici, l'ont été avec une méthode
» très imparfaitement réglée, et il y a lieu d'espérer qu'avec
» le procédé actuel, où l'étincelle n'intervient plus que pour
» achever l'œuvre du bistouri et favoriser les réactions de
» l'organisme, il y aura là aussi de nouveaux succès. »

S'il me fallait maintenant synthétiser en quelques phrases mes conclusions, je dirais :

Il est encore trop tôt pour juger définitivement une méthode, qui n'est encore qu'à ses débuts, et qui n'est bien réglée que depuis peu. Les résultats, que je vous ai fait connaître, apparaissent néanmoins comme très encourageants, précisément parce que des cas inaccessibles au bistouri seul ont été en apparence guéris ou momentanément très améliorés par la fulguration livrée à ses propres ressources.

Tout fait espérer que la méthode, telle que je vous l'ai décrite avec son temps chirurgical et son temps électrique, donnera des résultats supérieurs à ceux obtenus jusqu'à cette heure.

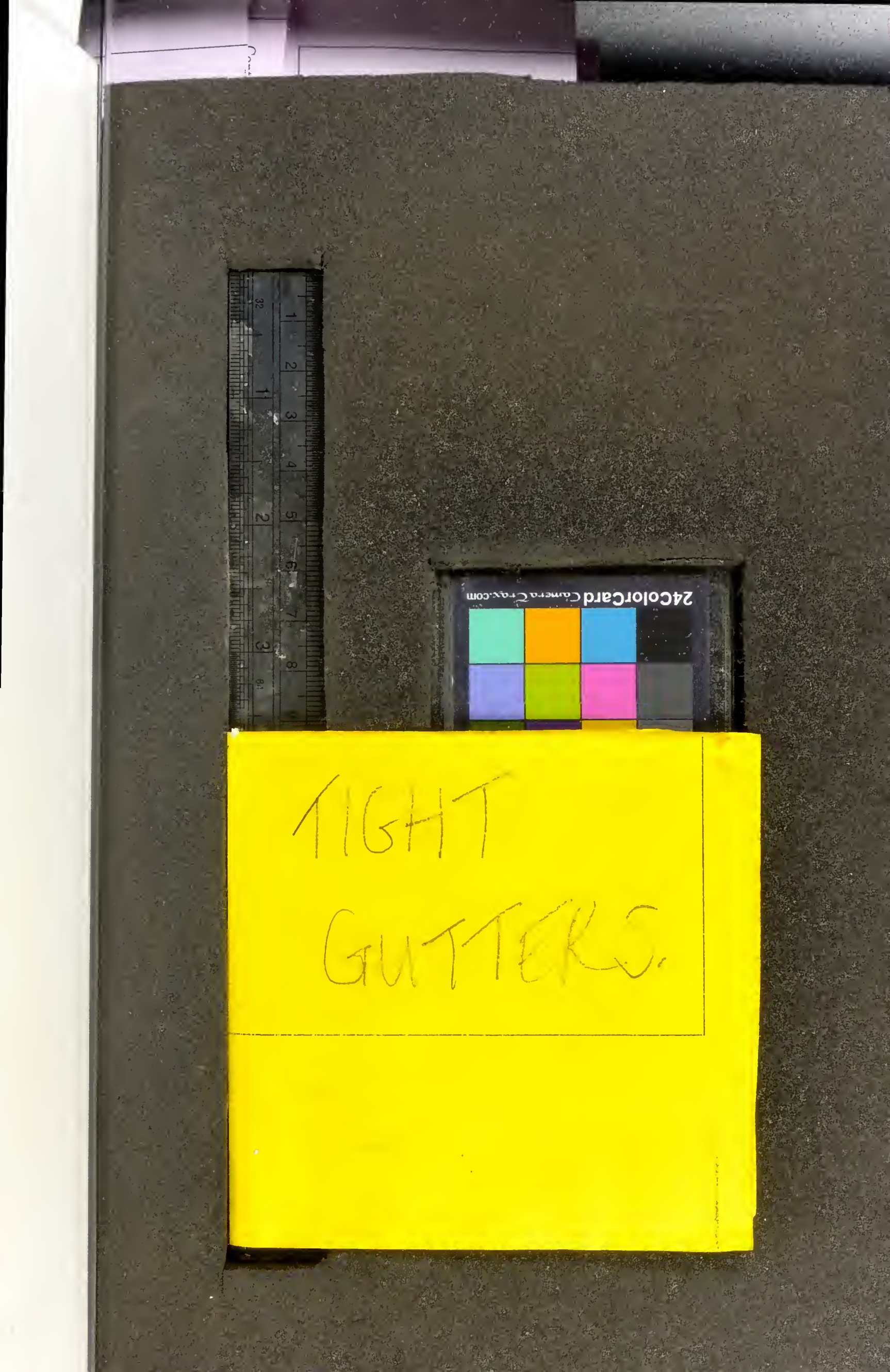
Mais je suis persuadé que ces résultats ne seront pas les mêmes entre toutes les mains, et que nous entendrons d'ici très peu de temps décrier cette méthode nouvelle par des médecins qui, n'étant pas au courant des multiples difficultés et minuties qu'elle comporte, ne l'auront pas appliquée dans toute sa rigueur et n'auront pas provoqué cette réaction si curieuse et si intéressante des tissus sains contre les tissus cancéreux, qui paraît être la base même du traitement.

Certains songeront peut-être à reprocher à M. de Keating-Hart d'avoir annoncé trop vite ses résultats; mais, moi qui sais les motifs qui l'ont inspiré en les rendant publics, je pense qu'il faut lui savoir gré d'avoir communiqué à ses confrères non seulement des guérisons, mais en même temps une méthode qui a paru donner des succès inattendus et qui a tout au moins l'avantage de n'exposer les malades en aucun

cas, puisque d'une part, il n'est point question de supprimer l'acte chirurgical, mais seulement de le limiter, et que, d'autre part, il paraît bien prouvé que l'étincelle est sans danger.

N.-B. — Je n'ai parlé ici que du traitement du cancer par l'étincelle de haute fréquence : il me faut ajouter pour réserver sur ce point la priorité du docteur de Keating-Hart qu'il a employé la méthode contre les tuberculoses de la peau avec de très beaux succès.

IMP. H. MOREL, LILLE, 77, RUE NATIONALE.


24ColorCard CameraTrax.com
TIGHT
GUTTERS.